

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914. — N° 97

De la Laparotomie pararectale gauche
pour pratiquer
la Gastro-Entéro-Anastomose
AVANTAGES ET INDICATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1914

POUR OBTENIR LE GRADÉ DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Jean BLANCHET

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à Lyon, le 7 Octobre 1888



LYON
ANC. IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}
3, Rue Stella, 3

1913

De la Laparotomie pararectale gauche

POUR PRATIQUER

la Gastro-Entéro-Anastomose

(AVANTAGES ET INDICATIONS)

De la Laparotomie pararectale gauche pour pratiquer la Gastro-Entéro-Anastomose

AVANTAGES ET INDICATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Jean BLANCHET

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à Lyon, le 7 Octobre 1888



LYON
ANC. IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}
3, Rue Stella, 3

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN
J. COURMONT..... ASSESEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X...
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR
Médecine légale		PAYIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M^{re}), Président ; M. VILLARD, Assesseur ;
MM. LAROYENNE et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

Qui a bien voulu accepter la
présidence de notre thèse,
nous adressons ici nos sen-
timents de gratitude pour le
grand honneur qu'il nous
fait.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TIXIER

Chirurgien des hôpitaux

En témoignage de ma profon-
de reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de clinique chirurgicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

Professeur de clinique médicale

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BÉRARD

Chirurgien des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET

Médecin des hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLAS

Chirurgien des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LYONNET

Médecin des hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON

Accoucheur des hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TIXIER

Chirurgien des hôpitaux



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Depuis les débuts de la chirurgie gastrique, les voies d'abord de l'estomac se sont multipliées, mais toutes ont été plus ou moins rapidement abandonnées pour l'incision sus-ombilicale médiane, qui est actuellement la plus couramment pratiquée.

Nous n'avons donc pas pour but de préconiser une nouvelle voie d'abord de l'estomac, destinée à supplanter la laparotomie médiane sus-ombilicale dont les avantages sont aujourd'hui universellement reconnus ; mais nous nous proposons seulement de démontrer que dans certains cas, cette incision médiane offre des inconvénients importants ; inconvénients qui peuvent être évités en utilisant une voie à laquelle on n'a que peu prêté l'attention qu'elle mérite : la voie paramédiane gauche.

Durant un semestre d'externat dans le service de mon maître, le docteur Tixier, j'ai eu l'occasion de voir intervenir deux fois par cette voie pour de grosses tumeurs pyloriques ; les indications étaient précises, l'intervention fut rapide, les suites simples. A ce sujet, j'entrepris quel-

ques recherches bibliographiques, et comme je m'étonnais de voir que cette voie était délaissée, M. le docteur Tixier me proposa d'en faire le sujet de ma thèse. J'ai accepté avec joie, heureux de terminer sous une telle direction, une éducation médicale dont je lui suis en grande partie redevable. Il nous a prodigué ses conseils toujours avec une telle bienveillance et aux heures de maladie nous a toujours assisté avec un tel dévouement que nous sommes heureux de lui apporter ici avec nos remerciements, l'assurance de notre entière et profonde reconnaissance.

Je remercie aussi les docteurs Murard et Buche dont l'inlassable amitié a eu maintes occasions de se manifester.

CHAPITRE PREMIER

Les Voies d'Abord de l'Estomac

1° *Période empirique.* — Lorsqu'en 1602, Florian Mathis de Brandebourg exécuta à Prague la première opération gastrique, c'est sans notions très précises, presque à l'aventure qu'il se proposa de faire une laparotomie médiane. Pendant les années suivantes, les différentes gastrotomies qui furent faites, à des intervalles variables de 10 à 25 ans, n'eurent pour fil conducteur aucune technique méthodique ; le plus souvent on incisait sur le corps étranger volumineux que l'on sentait à travers la paroi.

2° *Période anatomique.* — L. Labbé chercha le premier quelle était la voie d'abord normale de l'estomac, et pour cela il étudia sur le cadavre les rapports de la face antérieure de l'organe ; nous les rappellerons brièvement :

Normalement, la paroi abdominale n'est en rapport direct avec l'estomac que sur une très petite étendue ; cette zone, directement abordable, a la forme d'un triangle à bords plus ou moins curvilignes, à sommet supérieur, dont les côtés sont formés à droite par le bord

du lobe gauche du foie, à droite par le rebord costal; la base, plus ou moins courbe, à concavité regardant en haut : par la grande courbure de l'estomac. Si les deux côtés sont fixes, la base est des plus mobile; normalement cette courbe est tangente à une ligne horizontale réunissant l'extrémité antérieure des dixièmes côtes, et elle ne remonte jamais au-dessus d'une ligne réunissant les 9^{es} cartilages costaux. Mais à l'état pathologique, cette limite inférieure est très variable; dans les cas de cancer du cardia ou de l'œsophage, l'estomac se rétracte, arrive parfois à atteindre le volume de l'intestin grêle; le triangle disparaît alors presque complètement, l'estomac est très haut, rétracté sous le diaphragme. Lorsque le rétrécissement porte sur le pylore, l'estomac se dilate, la grande courbure descend progressivement, atteint très fréquemment l'ombilic et peut même descendre jusqu'au niveau des crêtes iliaques et même du pubis.

Le bord droit constitué par le rebord du lobe gauche du foie est, comme nous l'avons dit, assez fixe; il traverse obliquement le creux épigastrique de l'extrémité antérieure de la dixième côte droite à l'articulation du huitième avec le neuvième cartilage costal droit. Les variations de volume du foie sont ordinairement de peu d'importance au point de vue opératoire.

Le bord gauche formé par le rebord costal s'étend normalement de l'extrémité antérieure du 9^e cartilage costal à la partie moyenne du dixième.

Le cardia est situé très profondément un peu à gauche de la onzième, parfois de la dixième vertèbre dorsale; sa projection sur la paroi correspond au point où le septième cartilage costal vient s'articuler avec le sternum.

Le pylore est normalement séparé de la paroi abdominale par le foie, il est légèrement mobile, il se trouve situé en général à la hauteur de la douzième vertèbre dorsale ou de la première lombaire, en avant de la colonne si l'estomac est vide, plus ou moins à droite de celle-ci lorsque l'estomac est distendu par les aliments. Par rapport à la paroi thoracique antérieure, le pylore est situé à l'union d'une verticale longeant le bord droit du sternum et d'une horizontale menée par les extrémités internes des neuvièmes cartilages costaux. Pratiquement on doit rechercher le pylore, sur le vivant, à l'extrémité antérieure du huitième cartilage costal droit d'après Soupand, du neuvième cartilage pour Régnier et Soulevaux, à sept centimètres en moyenne au-dessus de l'ombilic. L'estomac est donc presque tout entier situé à gauche de la ligne médiane, 1/9 seulement formé par la région pylorique est situé à droite du plan médian. Le creux épigastrique ne correspond pas en général à l'estomac qui ne l'occupe que dans les cas de dilatation.

Ayant étudié avec grande précision ces rapports, Labbé conseilla alors de faire une incision parallèle au rebord costal gauche et à un centimètre en dedans de lui, incision longue de quatre centimètres, et dont l'extrémité inférieure tomberait sur une ligne transversale passant par les cartilages des neuvièmes côtes.

D'autres incisions sont ensuite proposées, Hubuer revient aux procédés anciens, et incise sur le corps étranger. Schwab, Cayroche font une incision sous les fausses côtes gauches; Bell incise suivant une ligne oblique allant de la neuvième côte gauche à l'ombilic.

Lorsqu'en 1849, Sedillot fit la première gastrostomie,

il utilisa une incision cruciale ou incision en L, puis diverses voies furent tour à tour proposées : incision de Labbé (Verneuil), procédé de Howse. Il faut du reste ajouter que, quelle que soit la technique employée, le malade meurt dans les jours suivants. Le premier succès opératoire fut obtenu par Sidney Jons en 1875, utilisant une incision à peu près verticale le long du bord externe du muscle droit. Puis d'autres techniques suivent. Jonon, de Nantes, propose une voie transversale à égale distance entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Trendelenburg, Terrillon, Tillaux, Le Dentu reviennent à l'incision de Labbé. Nous n'insisterons pas, toutes ces voies ayant été proposées pour des gastrostomies.

3° *La laparotomie médiane devient l'opération de choix.* — Avec les progrès de l'antisepsie, puis de l'asepsie, la chirurgie abdominale devint rapidement de plus en plus audacieuse, la chirurgie gastrique tenta de très bonne heure les plus hardis, et si l'on n'était jusqu'alors intervenu que très timidement, et le plus souvent pour des corps étrangers volumineux, Woelffler, de Vienne, en 1881, exécuta la première gastro-entéro-anastomose, dont la technique devait être définitivement réglée quatre ans plus tard par Von Hacker. C'est alors que la laparotomie médiane rallia rapidement tous les suffrages (Ridygier, Czerny, Kocker, Billroth). Elle est longue de 10 à 15 centimètres, part en haut de l'appendice xyphoïde, descend jusqu'à l'ombilic qu'elle peut contourner à gauche.

Avantages. — Elle présente d'énormes avantages : l'incision de la paroi est presque exsangue, à condition que l'on ait la précaution de rester un peu à gauche de la ligne médiane pour éviter la faux du péritoine. Cette inci-

sion correspond à la région pylorique de l'estomac, région sur laquelle porte presque la totalité des interventions gastriques; les bords de la plaie opératoire se laissent facilement écarter, on peut explorer ainsi tout l'estomac et la presque totalité de la partie sus-ombilicale de l'abdomen.

La recherche de l'estomac est extrêmement simple, il se présente de lui-même; on peut le trouver même quand il est très rétracté, si l'on prend comme point de repère le bord inférieur du foie, ainsi que l'a préconisé Farabœuf. L'estomac est alors facilement amené hors de la plaie, on peut donc au grand jour examiner les lésions et pratiquer l'opération appropriée; l'anse jejunaie est aussi aisément repérée en se portant sur la colonne vertébrale et très légèrement à gauche. C'est donc la voie de choix, elle permet de bien voir le pylore, la région pylorique, siège le plus fréquent des lésions, d'explorer tout l'estomac et d'exécuter facilement la gastro-anastomose; enfin la gastrectomie étant le plus souvent une pylorectomie, seule cette voie est alors utilisable. De plus elle permet, lorsqu'on est obligé d'aller vite, une suture en un seul plan, on peut ainsi très rapidement fermer totalement l'abdomen avec une solidité suffisante.

Inconvénients. — Autrefois l'événtration post-opératoire était chose commune, la paroi suppurait, les fils lachaient, et il fallait intervenir secondairement. Actuellement, avec l'asepsie, c'est très rare. Plus graves sont les inconvénients suivants. Lorsque la tumeur est très étendue il peut être impossible d'en délimiter nettement les contours, l'exploration est très difficile, sinon impossible; on ne peut atteindre la région saine de l'estomac, la gastro est impossible,

il faudrait se porter trop à gauche, et l'on referme l'abdomen sans avoir rien pu tenter pour soulager le malade. De même dans les cas d'adhérences soit pour cancer, soit pour ulcère; le siège de la lésion étant presque toujours pylorique, les adhérences seront le plus souvent médianes; par la laparotomie médiane, on tombe en plein foyer d'adhérences, en pleine zone dangereuse, l'opération est longue et pénible, souvent impossible. De même dans le cas d'opération itérative; les différents plans de la paroi sont confondus, l'ouverture de l'abdomen est alors compliquée.

Comment on a cherché à pallier à ces inconvénients :

a) Devant le grand nombre d'éventrations post-opératoires qui survinrent au début de la gastro-entéro-anastomose Billroth et Wolfler préconisèrent pendant un certain temps une incision oblique parallèle au rebord costal, longue de 12 centimètres; puis ils revinrent à l'incision médiane. Terrier et Hartmann proposèrent dans le même but l'incision juxta-médiane gauche, déjà décrite par Malgaigne, en 1838; ouvrant la gaine du muscle droit, le long de son bord interne, écartant le muscle en dehors, sectionnant ensuite le feuillet postérieure de la gaine, et abordant enfin le péritoine. L'on est ainsi certain, disent-ils, de ne pas tomber sur la faux de la veine ombilicale et d'éviter la blessure de cette veine qui peut n'être pas oblitérée et dont la lésion peut passer inaperçue. De plus, par cette voie, on sectionne la paroi plan par plan, l'on sait au juste à quelle distance l'on est du péritoine, la paroi reconstituée de même offre surtout une bien plus grande solidité; cette incision a été préconisée de nouveau, en 1903, par Longuet, sous le nom de coeliotomie abdominale

sub-médiane, elle présente tous les avantages de la laparotomie médiane, et si l'intervention est plus longue, la paroi est par contre beaucoup plus résistante. Mais ces diverses techniques n'ont guère d'intérêt aujourd'hui, l'éventration étant presque toujours secondaire à l'infection de la paroi, c'est surtout par l'antisepsie et l'asepsie qu'on pourra l'éviter et en fait elle est actuellement excessivement rare. Cependant chez certains individus à paroi relâchée à tissus mous on pourra parfois avoir avantage à faire la laparotomie sub-médiane.

b) Pour donner plus de jour lorsque l'incision médiane ne suffit pas on a proposé divers procédés. On lui a adjoint parfois une incision transversale, ou incision en T, on sectionne alors le muscle droit, et l'on a deux lambeaux que l'on peut relever. Plus souvent on a fait une incision en L, dans les cas où des adhérences péritonéales gênaient l'exploration et empêchaient de se rendre un compte exact des lésions; on a alors un seul lambeau en coin que l'on peut récliner fortement en haut et en dehors. Mais ces diverses incisions secondaires furent rarement employées, la ligne médiane seule suffit, en effet, ordinairement et malgré les difficultés réelles rencontrées dans certains cas on hésite toujours à sectionner le muscle droit. Cependant on proposa l'incision transversale seule qui peut donner un jour plus grand dans les cas de cancer étendu et enfin une incision parallèle au rebord costal.

Si l'incision médiane sus-ombilicale a de très grands avantages, jour suffisant, abord direct du pylore, technique rapide; elle a cependant, comme nous l'avons vu, certains inconvénients, la tumeur pylorique est parfois très volumineuse, soulevant dans certains cas la paroi abdo-

minale, l'estomac peut être envahi dans sa plus grande étendue, avec une toute petite portion restée saine très à gauche; la masse peut être adhérente à la paroi, l'incision médiane conduit soit trop loin de la portion saine, soit en plein foyer d'adhérences, on est alors conduit dans ces cas à chercher une voie différente, nous allons tâcher de montrer que la laparotomie pararectale gauche présente dans ces cas de réels avantages.

CHAPITRE II

De la Laparotomie Pararectale Gauche

Cette incision a été très rarement employée. Rydygier, Mazzuchelli, Billroth ont cependant eu parfois recours à cette voie; Tuffier et Roux, Berger disent qu'elle peut rendre quelques services; mais si elle est parfois citée, elle n'est jamais décrite, et nos recherches bibliographiques ont été infructueuses. Cependant, il n'est pas douteux qu'elle n'ait été employée beaucoup plus souvent que ne permettraient de le croire les quelques citations dont elle a été l'objet. Nous n'avons donc pas la prétention de décrire une voie d'abord nouvelle, mais simplement le but, en décrivant une technique aussi simple, de combler cette lacune, et de montrer sa réelle utilité dans quelques cas que nous tâcherons de déterminer.

L'incision devant porter sur le bord externe du grand droit, c'est-à-dire suivant une ligne verticale qui, prolongée, passerait en haut par l'extrémité antérieure du

neuvième cartilage costal, est donc comprise dans le triangle de Labbé, et conduira directement sur l'estomac. La ligne d'incision projetée sur l'estomac correspond à une zone intermédiaire entre la région prépylorique et la grosse tubérosité, plus exactement à la partie interne de la région moyenne de l'estomac.

Technique. — L'incision devra être faite sur le bord externe du grand droit gauche, ce bord est ordinairement facile à repérer. Le muscle grand droit fait en effet une légère saillie sous la peau, et au niveau de son bord externe celle-ci présente habituellement un étroit sillon; mais chez les amaigris, les cachectiques, le sillon sera plus ou moins net, parfois impossible à déterminer, on se servira alors des repères anatomiques. L'on fera l'incision suivant une ligne parallèle à la ligne médiane et qui prolongée passerait par l'extrémité antérieure de la neuvième côte.

L'incision commencera en haut, à un centimètre au-dessous du rebord costal, et se prolongera en bas jusqu'au niveau de l'ombilic qu'elle pourra dépasser.

1° On incisera la peau, le tissu cellulaire sous-cutané; l'hémorragie s'arrêtera rapidement; en effet, aucun vaisseau important à ce niveau, quelques branches des artères perforantes. Les nerfs sont représentés par les branches perforantes externes des nerfs intercostaux.

2° Le tissu cellulaire incisé, le bord externe du grand droit est alors facilement repéré, il forme un rebord net et saillant que le doigt pourra déterminer aisément au besoin, mais le plus souvent la paroi antérieure de la gaine a une coloration grisâtre différente de celle de l'aponévrose en dehors du muscle. On opère alors suivant la tech-

nique indiquée par Malgaigne pour la laparotomie sub-médiane, on incise un peu en dedans du bord externe du muscle, on ouvre le feuillet antérieur de la gaine, on est alors sur le muscle.

3° Le grand droit est presque entièrement libre dans sa gaine, n'adhérant en effet à la paroi antérieure qu'au niveau des intersections aponévrotiques; le muscle n'est donc pas incisé, mais recliné en dedans, ce qui se fait sans difficulté.

4° On ouvre alors le feuillet postérieur de la gaine et l'on n'est plus séparé du péritoine que par une couche plus ou moins mince de tissu cellulaire lâche.

En somme, la technique est donc, pour la paroi, identique à celle préconisée par Battle et Jalaguier pour l'appendicite.

5° Le péritoine étant incisé, on trouve facilement l'estomac que l'on peut aisément attirer au dehors sans difficulté en écartant les lèvres de l'incision; on peut explorer la région pylorique, la petite courbure et le dôme gastrique.

La gastro s'effectuera alors suivant la même technique que pour la laparotomie médiane; l'anse jejunaie se trouve aussi facilement, et l'opération est alors en tout point identique à une gastro ordinaire. La suture terminée, le péritoine est suturé, puis le feuillet postérieur de la gaine, le muscle grand droit qui est resté intact reprend alors sa place, et couvre l'incision postérieure; on suturera le feuillet antérieur, puis la peau. Le muscle est donc ainsi interposé entre les deux incisions de la gaine, on a de ce fait une paroi plus solide, à plusieurs plans nettement distincts, les sutures tirent moins, et les dangers

d'éventrations post-opératoires sont considérablement diminués.

Cette incision permet donc d'explorer tout l'estomac, et si elle ne permet pas d'exécuter une pylorectomie, la gastro-entéro-anastomose devient, comme nous le verrons, praticable dans des cas jugés jusqu'alors comme inopérables.

CHAPITRE III

Indications Opératoires

Comme nous l'avons déjà dit, il reste entendu que la voie sus-ombilicale restera la voie d'abord normale de l'estomac. Mais après avoir envisagé dans l'ensemble dans quel cas la voie latérale peut lui être préférée, il nous reste à préciser les indications de la laparotomie pararectale. Ces indications sont au nombre de cinq :

I. — L'incision paramédiane étant directement en rapport avec la portion gauche de l'estomac, on y aura recours toutes les fois qu'on se trouvera en face de ces tumeurs étendues de la paroi antérieure qui laissent libre une petite portion au voisinage de la grosse tubérosité.

Les chirurgiens rencontrent en effet assez souvent ces indurations cartonneuses qui s'étendent à la plus grande partie de l'organe et desquelles on pourrait penser que même la gastro est impraticable.

Mais les renseignements fournis par la radioscopie, avec absorption de la bouillie bismuthée sous l'écran, indiquent

qu'il reste une portion saine sur l'extrémité gauche et que c'est seulement en ce point qu'on pourra trouver assez de tissu sain pour anastomoser l'anse grêle.

Dans ces cas on a tout avantage à pénétrer dans l'abdomen directement au niveau de la portion d'estomac respectée. L'examen clinique affirme qu'il ne peut y avoir aucune possibilité d'exérèse, il faut faire une simple gastro-entéro-anastomose par la voie la plus aisée.

Cette indication nous semble très précise, mais nous nous empressons d'ajouter qu'il faut compter avec les cas dans lesquels ces envahissements très étendus de l'estomac sont rencontrés par surprise au moment de l'opération. S'il est alors impossible par la voie médiane, que le chirurgien a suivie, d'atteindre le sommet de la grosse tubérosité saine, il serait inutile d'inciser de nouveau la paroi sur le bord externe du muscle droit, mais on fera une incision transversale perpendiculaire à la première, dont le siège sera déterminé par la situation plus ou moins haute de la tumeur,

II. — *C'est surtout dans les gros néoplasmes du pylore* que nous avons vu pratiquer la laparotomie latérale. Ces néoplasmes qui se projettent sous la paroi, et sous la main au niveau de la ligne médiane et sur son bord droit, seraient abordés, dans la grande majorité des cas, par la voie ordinaire.

Mais nous croyons cependant qu'il y a deux cas très nets dans lesquels on a tout avantage à suivre la voie externe.

Dans le premier, on reconnaît un néoplasme pylorique certainement inextirpable. Il y a de l'adénopathie à dis-

tance, des signes d'envahissement voisin, on ne peut songer à la pylorectomie. Cependant les signes de sténose incoercible imposent une gastro-entérostomie.

La voie médiane, en incisant directement au dessus de la tumeur, expose à passer dans les adhérences possibles, et surtout à constater que la partie saine de l'organe, sur laquelle doit porter l'abouchement est très éloignée. La voie latérale, outre qu'elle évite le premier inconvénient, permet de faire la gastro-entérostomie très commodément. Mais surtout elle permet de la faire au point voulu, sans difficulté, c'est-à-dire le plus loin possible de la tumeur.

Dans d'autres faits, qui constituent un deuxième groupe, on rencontre chez un malade une tumeur volumineuse du pylore, mais extirpable. Cependant, pour de multiples raisons, que nous ne voulons pas suivre, la gastrectomie sera faite en deux temps. On va exécuter le premier : la gastro-entérostomie. Deux voies sont possibles : La voie médiane, la voie latérale. Pour nous, nous emploierons la voie latérale.

Par là, nous ferons en effet la gastro-entérostomie très loin de la tumeur, et nous ménagerons la ligne médiane par où nous aborderons la tumeur lors du deuxième temps.

Théoriquement, cette conduite est donc parfaite. En pratique, on nous suscitera deux objections. La première, c'est que nous faisons ainsi deux incisions, là où la plupart n'en ferait qu'une. La seconde, plus importante, c'est que l'incision médiane dans le premier temps permet d'observer l'état de la tumeur et de s'assurer de son opérabilité.

Cette objection est la seule que nous voulions retenir. Il est certain que la voie latérale permet d'examiner la

tumeur avec moins de facilité, mais elle le permet néanmoins, si l'on soulève la paroi avec un fort crochet, et si l'on tire légèrement sur l'estomac. Aussi croyons-nous qu'il y a un réel avantage à pénétrer ainsi par une voie différente de celle qui sera suivie au cours de l'opération définitive.

III. — *Péripylorite antérieure*. — Les indications précédentes s'adressent surtout aux cas dans lesquels on cherche à atteindre la portion de l'estomac saine. Dans les cas qui suivent, au contraire, le but cherché est d'éviter le danger qui vient des adhérences.

C'est surtout l'ulcère que nous aurons en vue. On sait la fréquence, la constance même des réactions péritonéales autour de l'ulcus gastrique. Ces adhérences peuvent, à des degrés extrêmes, amener une véritable soudure de l'organe contre la paroi. Souvent lâches, réduites à des voiles membraneux, elles peuvent parfois être denses et développées en masse juxta-gastrique.

On conçoit qu'il y a dans ces cas un véritable danger à essayer de pénétrer à travers la zone de ces adhérences, souvent fortement organisées. On s'expose à ouvrir le viscère sans pouvoir se dire qu'on fait œuvre utile, car on sait la facilité et la rapidité de la reproduction de ces adhérences.

Voici des cas dans lesquels les avantages de la laparotomie pararectale ne sauraient être contestés, les avantages sont d'autant plus réels qu'il existe des signes cliniques qui permettent de prévoir la présence de ces zones dangereuses, indépendamment de la constatation d'une masse.

C'est une douleur particulière réveillée par l'examen du creux épigastrique, douleur qui est particulièrement vive quand on essaye, en la pinçant, de soulever la paroi.

Cette manœuvre peut même provoquer chez le malade des sensations nauséuses; on constate, en même temps que la souplesse de la paroi a disparu, elle est plaquée sur l'épigastre.

Bien entendu, ces signes sont confirmés par ceux que révèle l'examen radiographique de la mobilité gastrique, l'estomac apparaît comme immobile.

IV. — *Opérations itératives.* — Enfin on est parfois en demeure d'intervenir à nouveau chez un malade porteur d'une gastro-entéro-anastomose, exécutée par la voie médiane.

Ces opérations itératives sont faites le plus souvent pour deux raisons bien différentes. Dans un premier cas la lésion initiale à laquelle le chirurgien n'avait pas touchée, a continué d'évoluer, qu'il s'agisse de néoplasme ou d'ulcère, et secondairement la gastro-entérostomie a été comblée par la tumeur, ou envahie par l'érosion.

Dans le deuxième cas, il s'est produit une de ces complications de la gastro-entéro-anastomose, telle qu'un ulcère peptique.

Repasser par la même incision, c'est encore s'exposer à traverser des adhérences, car en dehors de toute infection, la laparotomie en crée par un simple processus de défense du péritoine, ce sont des adhérences physiologiques.

On pourra donc, si l'on veut, utiliser la voie latérale, mais là les indications en sont laissées à l'estimation de

chacun, car les adhérences physiologiques dont nous parlons sont peu dangereuses.

V. — Enfin la voie *d'abord* du cardia, d'ailleurs peu fréquemment employée, pourra emprunter la laparotomie latérale, quitte à s'agrandir en haut par une résection costale.

OBSERVATION I

GROS CANCER COLLOÏDE DE LA RÉGION PYLORIQUE.— GASTRO-
ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR LA VOIE PARARECTALE GAUCHE

A... Julie, 68 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le docteur Tixier, pour des troubles gastriques, vomissements et douleurs.

Pas d'antécédents pathologiques. Ménopause il y a 19 ans ; depuis, petits vomissements apparaissant en moyenne tous les huit jours, parfois deux fois par semaine : la malade n'est jamais restée plus de quinze jours sans vomir. Ces vomissements ne sont jamais abondants : quelques gorgées, dit la malade ; ils sont tantôt aqueux, sans saveur particulière, tantôt alimentaires ; la malade n'y a jamais remarqué des aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Depuis 19 ans, la malade souffre de l'estomac ; la douleur siège au niveau du creux épigastrique, et s'accompagne de sensation de faim ; les aliments calment la douleur, à condition d'être ingérés en très petite quantité ; si la malade mange un peu trop, la douleur apparaît de nouveau et n'est calmée que par le vomissement qui survient peu après.

A l'examen, on est en présence d'une femme amaigrie. A l'inspection, on note au niveau et un peu à gauche de l'ombilic, une tumeur faisant saillie sous la peau; à la palpation, cette tumeur est dure, du volume d'une petite orange, elle est légèrement mobile avec les mouvements respiratoires, la main la déplace très légèrement dans tous les sens. L'estomac est petit; clapotage très net au niveau de la grosse tubérosité.

Poumons : normaux.

Cœur : normal.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Température : normale.

Le 10 juin 1912. — La malade souffrant beaucoup et vomissant à peu près tout ce qu'elle prend, on se décide à intervenir, l'état général étant encore satisfaisant. La tumeur étant très volumineuse, très saillante sur la ligne médiane et sous le grand droit gauche, et paraissant fixée; il semble difficile de pouvoir aborder par la ligne médiane une portion d'estomac favorable à l'établissement d'une anastomose; d'autre part, il existe manifestement sous le grand dôme gastrique une portion clapotante qui indique une dilatation gastrique très suffisante pour permettre une anastomose; aussi, de propos délibéré, pour faire plus facilement l'opération, pratique-t-on une laparotomie sur le bord externe du grand droit gauche; celui-ci étant très large, on laisse en dehors quelques fibres musculaires, et c'est en certains points par dissociation du muscle que l'on pénètre sur le péritoine.

Il est remarquable de constater avec quelle facilité on extériorise la portion dilatée de l'estomac, combien l'anse libre se présente facilement au doigt et en somme

avec quelle aisance la gastro-entéro-anastomose est établie.

Réflexions. — Il s'agit d'un très gros cancer à forme colloïde, occupant toute la région pylorique et antépylorique.

Le 28 juin 1912. — Cicatrisation complète. La malade part, digère bien, ne vomit plus et a bon appétit.

OBSERVATION II

TRÈS GROS CANCER DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE PAR LA VOIE PARARECTALE GAUCHE

M... Agathe, 43 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le docteur Tixier, pour des douleurs stomacales, le 6 janvier 1913.

Pas d'antécédents. La maladie actuelle a débuté il y a un an par des troubles digestifs; la malade avait bon appétit, mais une heure après l'ingestion d'aliments, douleur intense avec irradiations dans le dos, s'accompagnant de régurgitations acides; la douleur est si violente que la malade provoque le vomissement qui calme la douleur. Au début, à noter également un léger dégoût pour les viandes et les graisses; depuis un an, la maladie a progressé régulièrement, les douleurs sont de plus en plus fréquentes, l'intolérance gastrique de plus en plus marquée. La malade a dû cesser tout travail; depuis deux mois, elle ne prend plus que des soupes très légères, des infusions; à peine ingérés, ces aliments sont rejetés;

l'amaigrissement est considérable, la faiblesse extrême. Jamais d'hématémèse.

A l'entrée, femme très amaigrie, à teint jaune, léger subictère des conjonctives; la région épigastrique est occupée par une tumeur arrondie, dure, mate, légèrement douloureuse, elle disparaît à gauche sous le rebord costal, elle est de la grosseur du poing et descend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; la malade ne s'est aperçue de cette tumeur que depuis un mois. Pas de clapotage, pas de péristaltisme.

Foie un peu gros, insensible, on ne sent pas son bord inférieur. Rien aux poumons, rien au cœur.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Température : normale.

Le 9 janvier 1913. — Depuis son entrée dans le service, la malade n'a pris qu'un petit potage; immédiatement apparurent des douleurs très violentes, s'irradiant dans le dos, et qui se prolongèrent, quoique moins vives, après le vomissement. Devant ces douleurs et cette intolérance gastrique complète, on se décide à intervenir. La tumeur étant très grosse, paraissant fixée aux organes voisins, la voie pararectale gauche paraît indiquée — laparatomie —; on découvre aisément une portion saine de l'estomac, sur laquelle on peut facilement pratiquer une gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture, suivant le procédé ordinaire.

Réflexions. — C'est un cas typique où, grâce à cette incision, malgré le volume de la tumeur, on a pu aisément pratiquer une gastro.

22 janvier 1913. — La malade sort en bon état, ne vomit plus, digère bien, l'état général s'est amélioré.

OBSERVATION III

NÉOPLASME DU PYLORE. — 1^{re} INTERVENTION: LAPAROTOMIE MÉDIANE, GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE. — 2^e INTERVENTION, LAPAROTOMIE PARARECTALE GAUCHE, GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE ANTÉRIEURE.

B... Mathieu, 58 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le docteur Tixier, pour des troubles gastriques, le 10 février 1911.

Pas d'antécédents; l'affection actuelle a débuté au mois d'avril dernier, il y a donc dix mois environ; le malade a d'abord eu quelques vomissements alimentaires survenant à quelques jours d'intervalle, puis très rapidement les vomissements sont devenus de plus en plus fréquents, survenant jusqu'à quatre et cinq fois par jour. Depuis quelques semaines, ils se sont cependant un peu espacés, le malade ayant considérablement réduit son alimentation. Les derniers vomissements étaient de couleur noirâtre et comparables, selon l'expression du malade, « à une décoction de tabac à priser ».

A l'examen, l'estomac descend à l'ombilic, le clapotage est très net, on sent nettement dans la région épigastrique une tuméfaction douloureuse à la pression, du volume d'une grosse noix. Cette tumeur est mobile avec la respiration, la palpation la déplace légèrement dans tous les sens.

Amaigrissement de 15 kilogs. Pas de œvi.

Rien aux poumons; rien au cœur.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Température : normale.

16 février. — Première intervention. Laparotomie médiane sus-ombilicale, le foie paraît gros, abaissé et de couleur foncée; au-dessous, grosse tumeur du pylore à forme de linite plastique hypertrophique; on attire difficilement au dehors le côlon, car le méso-côlon est très court, et pour arriver sur la face postérieure de l'estomac on est obligé d'effondrer divers feuillets séro-fibreux de réaction péritonéale. Gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture.

Si cette tumeur était moins volumineuse, elle rentrerait dans la catégorie de celles facilement enlevables.

6 mars. — Le malade sort de l'hôpital, la cicatrisation est complète, la paroi solide; le malade digère bien, n'a plus vomi.

20 septembre 1911. — Après sa sortie de l'hôpital le 6 mars 1911, le malade a eu quelques mois de santé parfaite, il a pu reprendre complètement ses occupations; lorsqu'au début de septembre, il accusa de nouveau des signes de sténose : vomissements avec hématémèses abondantes de sang noir; l'état n'a fait que s'aggraver jusqu'à ce jour, et c'est pourquoi le malade entre de nouveau dans le service.

A la palpation, on sent nettement au niveau du creux épigastrique une grosse tumeur nettement adhérente à la paroi, cependant l'état général paraît suffisant pour permettre de tenter une nouvelle anastomose.

21 septembre 1911. — Deuxième intervention, laparotomie sus-ombilicale sur le bord externe du grand droit gauche. Il existe un dôme stomacal suffisant pour pratiquer à nouveau une anastomose. On recherche le siège

de l'ancienne gastro-entéro-anastomose; elle est engloutie dans une masse néoplasique qui réunit l'estomac, le jejunum, le méso-côlon, et une grande partie de la circonférence du côlon transverse; on repère le bout inférieur de l'intestin, et devant l'impossibilité où l'on est de pratiquer une anastomose postérieure, on fait une gastro-entéro-anastomose antérieure à la suture, suivie d'une jejuno-jejunostomie au bouton de Jaboulay. Fermeture totale du ventre.

Réflexions. — Il existait des taches de bougie sur le grêle, et l'envahissement du côlon transverse doit faire redouter l'occlusion post-opératoire. L'opération par la ligne médiane aurait été tout à fait impossible.

OBSERVATION IV

NÉOPLASME DU PYLORE. — 1^{re} INTERVENTION, LAPAROTOMIE SUS-OMBILICALE MÉDIANE, GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE. — 2^e INTERVENTION, LAPAROTOMIE PARAMÉDIANE GAUCHE.

B... Jean, 46 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le docteur Tixier, pour des douleurs gastriques.

Pas d'antécédents. L'affection actuelle a débuté il y a deux ans par des douleurs et des vomissements. La douleur survient après l'ingestion des aliments, et va en augmentant jusqu'au vomissement qui apparaît une heure ou deux après le repas. Le malade dit, de lui-même, y avoir remarqué des aliments ingérés la veille ou quelques jours auparavant. Il élimina alors de son alimentation la viande, les graisses, les épices, sans avoir cependant pour

l'alimentation carnée un dégoût électif. Pas d'hématémèse, ni de mœlena. Amaigrissement considérable, 30 kilogs: le malade pèse encore actuellement 70 kilogs.

A l'examen, malade ayant encore l'aspect robuste; au niveau de l'estomac, mouvements péristaltiques très nets, l'onde part de l'hypocondre gauche et se dirige nettement vers le pylore; pas de tension intermittente du creux épigastrique. Par la palpation profonde, l'on sent une tuméfaction dure, immobile. L'estomac est très dilaté et descend de plusieurs travers de doigt au-dessous de l'ombilic; il y a du clapotage à jeun. Pas de ganglions de Troisier; l'état général est bon.

Rien au cœur ni aux poumons.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Température : normale.

23 janvier 1912. — L'état général étant bon, la tumeur paraissant petite, on pratique une laparotomie médiane: on constate un gros néoplasme pylorique, annulaire avec de gros ganglions au niveau de la tête du pancréas; cette tumeur serait très enlevable, mais la présence des ganglions rend la pylorectomie certainement très illusoire; on pratique donc une gastro-entéro-anastomose postérieure, Von Hacker, très large à la suture.

10 février 1912. — Le malade part, ne souffre pas, ne vomit plus, digère bien.

16 septembre 1913. — Depuis sa sortie de l'hôpital, l'état général est allé en s'améliorant, le malade a pu reprendre son travail de cultivateur, et a engraisé de 25 kilogs. Pendant 15 mois, il a donc pu se croire complètement guéri; mais brusquement, il y a quelques jours,

apparurent de nouveau des phénomènes de sténose absolue; le malade vomit tout ce qu'il prend. Ni hématémèse, ni mœlena. A l'examen, on sent très nettement sous la première incision une tumeur du volume d'un gros poing, et cependant l'état général est encore très bon.

23 septembre 1913. — L'examen radioscopique, à l'aide de la soupe de bismuth, a révélé l'existence d'une poche gastrique encore relativement grande en haut et à gauche, aussi en présence des vomissements incoercibles se décide-t-on à une deuxième intervention.

25 septembre 1913. — La tumeur étant grosse et immobile sous la première incision de laparotomie médiane, la laparotomie pararectale gauche paraît absolument indiquée dans ce cas — laparotomie pararectale gauche, on constate l'existence d'un dôme stomacal suffisant à l'établissement d'une anastomose, ainsi que l'avait fait prévoir la radioscopie, mais la présence d'ascite, de taches de bougie contre-indiquent toute intervention, et l'on referme l'abdomen.

Nous avons essayé de savoir ce qu'étaient devenus ces malades, mais nos lettres sont restées sans réponse.

CONCLUSIONS

I. — La voie d'abord de l'estomac la plus couramment employée pour pratiquer la gastro-entéro-anastomose, est, à juste raison, la laparotomie médiane sus-ombilicale.

• Cependant, dans certains cas, cette laparotomie médiane offre des inconvénients qui sont de deux ordres. Dans les uns il existe des adhérences entre l'organe et la paroi. Dans les autres le point sur lequel on veut agir est en dehors de la zone directement accessible.

II. — C'est dans ces cas que la laparotomie latérale, sur le bord externe du muscle droit, laparotomie, para-rectale gauche, pourra être employée avec avantages. Elle permet ainsi : dans le premier cas, de pénétrer en dehors de la zone d'adhérences; dans le second, d'agir avec facilité sur la zone rapprochée de la grosse tubérosité.

III. — Les indications de cette incision sont donc précises :

1° Quand le chirurgien constate une tumeur pylorique très étendue. Dans ces cas, le plus souvent, la portion encore saine de l'estomac se trouve située à gauche de la

ligne médiane. L'incision pararectale permet de faire néanmoins aisément une gastro-entérostomie très difficile par la voie médiane.

2° Dans les cas, même où l'on sent une tumeur pylorique extirpable, si l'on a décidé de faire la gastrectomie en deux temps; il peut être indiqué de faire la gastro-entéro-anastomose par l'incision latérale, ce qui permet de la faire très loin de la tumeur et de ménager la voie médiane pour le deuxième temps.

3° Quand il existe une péripylorite qui unit l'estomac à la paroi, la voie latérale conduit le chirurgien en dehors de la zone dangereuse.

4° C'est pour cette raison qu'il sera parfois indiqué d'intervenir par cette incision dans le cas d'opération *itérative* quand la première incision a porté sur la ligne blanche.

5° Enfin, l'abord direct du cardia pourrait emprunter la voie latérale gauche, mais ces interventions nécessitent le plus souvent des procédés qui donnent plus de jour, notamment la résection d'un volet costal.

Le président de la thèse,

M. POLLOSSON.

Vu : Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Lyon, le 24 décembre 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

On nous excusera de n'avoir pas fait de bibliographie, mais c'est là un oubli volontaire. Nos recherches, que nous croyons assez complètes, ne nous ayant rien fourni d'intéressant se rapportant directement à la question, nous avons préféré nous abstenir, plutôt que d'apporter une bibliographie quelconque, en dehors du sujet exact et par suite sans aucun intérêt.
